

# DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ COLLABORATORE ESTERNO

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

## IL/LA SOTTOSCRITTO/A

**DATI ANAGRAFICI** (compilare sempre in stampatello e in ogni sua parte)

Cognome	Nome

Data di nascita	Comune (o stato estero) di nascita	Provincia

Codice fiscale	Codice identificativo estero *

Indirizzo	N° civico	Telefono

Comune (o Stato estero ) di residenza	C.A.P.	Provincia

### Domicilio fiscale (solo se diverso dal precedente)

Indirizzo	N° civico	Telefono

Comune (o Stato estero ) di residenza	C.A.P.	Provincia

E-mail	Pec

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ'

- Di essere titolare del seguente numero di Partita Iva:

--

- Di essere iscritto all'albo o elenco professionale \_\_\_\_\_

- Di essere iscritto alla cassa o ente previdenziale \_\_\_\_\_

- Di svolgere la seguente professione \_\_\_\_\_

- Di essere Dipendente di Pubblica Amministrazione:

<input type="checkbox"/>	Per la rilevazione ai fini dell'anagrafe delle prestazioni dei pubblici dipendenti, di cui all'art. 53 D.Lgs. 30.03.2001, n.165, deve essere allegata la preventiva autorizzazione dell'Amministrazione Pubblica di appartenenza. I dati dell'Amministrazione Pubblica a cui inviare la comunicazione dei compensi percepiti sono: Denominazione _____ Indirizzo _____
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	retribuito da _____
<input type="checkbox"/>	Aliquota Irpef da applicare _____ %

**\*Se residente all'estero :**

<b>Identificativo estero obbligatorio</b>	_____
<input type="checkbox"/> <b>Di avvalersi</b> <input type="checkbox"/> <b>Di non avvalersi</b>	della convenzione per evitare la doppia imposizione fiscale tra Italia e stato estero di residenza _____ (allega la certificazione rilasciata dall'Autorità finanziaria estera in merito alla propria domiciliazione fiscale o residenza)

# DICHIARAZIONE DI TITOLARITA' DI POSIZIONE CONTRIBUTIVA AI FINI PREVIDENZIALI E FISCALI

In relazione all'incarico in corso di perfezionamento con codesto Ente, per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
e consistente nella seguente prestazione: \_\_\_\_\_ nell'ambito del PROGETTO  
\_\_\_\_\_ per ore \_\_\_\_\_

Dichiara, sotto la propria e personale responsabilità, che la prestazione rientra:

- 1. Incarico per prestazione Professionale con rilascio di regolare fattura o parcella (Libero professionista/Lavoratore autonomo)**

(art.53 del TUIR)

N° PARTITA IVA	ISCRITTO ALL'ALBO PROFESSIONALE

ADDEBITO RIVALSA INPS 4% (SI O NO)	CASSA PROFESSIONALE (INDICARE NOME CASSA E %)	RITENUTA DI ACCONTO 20% SI O NO	ASSOGGETTATA A IVA INDICARE LA PERCENTUALE ..... O IN CASO DI ESENZIONE INDICARE AI SENSI DI ART. .... D.P.R. 633/72

SI AVVALE DEL REGIME FORFETTARIO (ART.1 C.54-89 LEGGE 190/2014) - RF19	SI	NO
SI AVVALE DEL REGIME DEI CONTRIBUENTI MINIMI (ART. C.96-117 LEGGE 244/07)- RF 02	SI	NO
ESENTE IVA AI SENSI .....	SI	NO
SOGGETTO A RITENUTA D'ACCONTO 20% se residente in Italia ; soggetto a ritenuta di imposta del 30% se non residente in Italia	SI	NO
Prestazione esercitata non in forma propria e la fattura verrà emessa da <b>Studio Associato</b> : Denominazione _____ Indirizzo _____ P.I. _____ (assoggettata a ritenuta di acconto e obbligo rilascio della certificazione unica)	SI	NO

## 2. Incarico di collaborazione coordinata e continuativa

(art.50, primo comma, lettera c-bis, D.P.R. 917/1986). L'attività richiesta sarà svolta senza vincolo di subordinazione, non rientrante nei compiti istituzionali contrattualmente definiti di lavoratore dipendente e non rientrante nell'oggetto della eventuale professione abitualmente svolta.

**Di essere assoggettato al regime contributivo di cui all'art.2 comma 26 e succ. L.335/95 – Gestione separata del lavoro autonomo con la seguente aliquota:**

## **Collaboratori e figure assimilate diversi dai liberi professionisti**

**iscritti in via esclusiva alla gestione separata**

<input type="checkbox"/>	Di essere soggetto al contributo INPS nella misura del 33,23% (anno 2017) (c.inps. n.122/2017 dal 1.7.2017) (soggetto non assicurato presso altre forme pensionistiche obbligatorie)
<input type="checkbox"/>	Di essere soggetto al contributo INPS nella misura del 24,00% (anno 2017) (soggetto titolare di pensione e/o iscritto ad altra forma di previdenza obbligatoria (indicare quale): .....;
<input type="checkbox"/>	di aver diritto alle seguenti detrazioni di imposta: <input type="checkbox"/> detrazioni per lavoro dipendente; <input type="checkbox"/> detrazioni per coniuge a carico <input type="checkbox"/> detrazioni per figli a carico n° ..... 100% o 50% di cui inferiore ai tre anni.....; ; <input type="checkbox"/> altri familiari a carico ____ (specificare) 100% o 50% <input type="checkbox"/> con applicazione dell'aliquota IRPEF del .....% .....

## 3. Incarico di prestazione occasionale di lavoro autonomo

("redditi diversi" di cui all' ex art. 67, comma 1, lettera I, del TUIR)

In relazione a quanto disposto dall'art. 44, c.2, legge 326/2003, in merito all'iscrizione alla Gestione Separata di cui all'art. 2, comma 26 della legge 8 agosto 1995, n. 335 **dichiara di avere un reddito derivante da lavoro autonomo occasionale percepito anche da altri committenti, nel corso dell'anno solare:**

<input type="checkbox"/>	<b>prestazione occasionale non superiore a € 5.000,00</b>
<input type="checkbox"/>	<b>superiore a € 5.000,00- reddito complessivo di €.....</b> <input type="checkbox"/> pertanto di essere soggetto al contributo INPS nella misura del <b>32,72%</b> <input type="checkbox"/> Di essere soggetto al contributo INPS nella misura del <b>24,00%</b> <input type="checkbox"/> (soggetto titolare di pensione e/o iscritto ad altra forma di previdenza obbligatoria (indicare quale): .....; ; <input type="checkbox"/> n soggetto a contribuzione per reddito superiore al massimale di <b>€ 100.324,00 (anno 2017)</b>

Il/la sottoscritto/a conferma quanto sopra indicato e si impegna a comunicare immediatamente ogni variazione o altro dato che comporti modifiche al regime contributivo e/o fiscale, o che comunque sia rilevante ai fini previdenziali e/o fiscali, impegnandosi a sostenere tutti gli oneri e responsabilità dovessero derivare dalla inesatta indicazione dei dati o dalla intempestiva segnalazione di variazione degli stessi.

data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## MODALITA' DI PAGAMENTO

### COORDINATE BANCARIE IN FORMATO IBAN intestato o cointestato

ID NAZ	CIN EUR	CIN	ABI				CAB				CONT											

CODICE SWIFT (BIC) OBBLIGATORIO PER CONTO CORRENTE ESTERO

ISTITUTO BANCARIO/POSTE	INDIRIZZO

#### **ASSENZA DI CONDANNE PENALI**

In riferimento all'entrata in vigore del DL 4 marzo 2014, n. 39 in attuazione della direttiva 2011/93/UE relativa alla lotta contro l'abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori e la pornografia minorile

#### **DICHIARA**

- Di NON AVERE condanne per taluno dei reati di cui agli articoli 600-bis, 600-ter, 600-quater, 600-quinquies e 609 undecies del codice penale;
- che non GLI/LE SONO STATE IRROGATE sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori;
- di NON essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali in relazione ai reati di cui agli articoli 600-bis, 600-ter, 600-quater, 600-quinquies e 609-undecies del codice penale e/o sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori.

#### **Informativa sul Trattamento dei dati**

Ai sensi del REU 679/2016 (Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali) l'Istituto "Giovanni Falcone", in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, desidera informarLa che i suoi dati personali verranno gestiti nel completo rispetto dei principi del Regolamento in materia di protezione dei dati personali. L'informativa completa è disponibile presso gli sportelli degli uffici o sul sito internet dell'Istituto: [www.falcone.edu.it](http://www.falcone.edu.it) – sez. Privacy.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Allega copia di un documento di identità in corso di validità